

## 성폭력피해아동의 인지행동치료

이승재<sup>1)</sup> · 김혜정<sup>2)</sup> · 강민아<sup>2)</sup> · 정성훈<sup>1)</sup> · 박용진<sup>3)</sup>

경북대학교 의과대학 정신의학교실,<sup>1)</sup> 영남권역 해바라기 아동 센터,<sup>2)</sup> 진스마음클리닉<sup>3)</sup>

### Cognitive Behavioral Therapy for Sexually Abused Children

Seung Jae Lee, M.D., Ph.D.<sup>1)</sup>, Hae-Jung Kim, M.A.<sup>2)</sup>, Min-A Kang, M.A.<sup>2)</sup>,  
Sung Hoon Jeong, M.D., Ph.D.<sup>1)</sup> and Yong Jin Park, M.D.<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup>Department of Psychiatry, Kyungpook National University School of Medicine, Daegu, Korea

<sup>2)</sup>Sunflower Child Center, Young-nam Province, Ministry of Gender Equity and Family, Daegu, Korea

<sup>3)</sup>Jin's Mind Clinic, Daegu, Korea

**Objectives :** Child sexual abuse is a highly prevalent societal problem that cuts across all ethnic, racial, educational, and socioeconomic groups. There has been mounting empirical evidence for the efficacy of manual-based, cognitive behavioral treatment (CBT) for sexually abused children. Therefore, the aim of this review was to address the rationale and efficacy of CBT for sexually abused children, and to introduce a broad outline of a typical CBT program for young people suffering the emotional and behavioral consequences of sexual abuse.

**Methods :** A selective literature review was undertaken.

**Results :** To date, trauma-focused CBT is the most effective treatment for the sexually abused child. The rationale and efficacy of CBT was reviewed and a typical CBT program was outlined session by session.

**Conclusion :** Based on trauma-focused CBT for sexually abused children, the results demonstrate the need for future development of a standard CBT program for the Korean population.

**KEY WORDS :** Child sexual abuse · Cognitive behavioral therapy.

## 서 론

소아성폭력(child sexual abuse)은 '성적인 행위에 대한 충분한 이해와 동의 능력이 부족한 미성숙하고 의존적인 아동과 청소년을 성적인 행위에 끌어들이는 것'으로 정의된다.<sup>1)</sup> 2002년 세계보건기구<sup>2)</sup>의 보고서는 소아기에 성적인 피해를 입는 평생 유병률이 여자는 20%, 남자는 5~10%이며, 민족, 인종, 교육수준, 사회경제적 수준에 관계없이 유병률은 일관된다고 하였다. 비록 방법론적인 차이로 인해 연구에 따라 다소의 차이는 있으나 소아성폭력의 유병률이 높은 것은 분명하다. 국내에서도 소아성폭력 사례가 증가되고 있다.<sup>3)</sup>

소아성폭력은 피해아동들이 아직 발달과정 중에 있기 때문에 성인에 비해 더 심각한 영향을 받는다.<sup>4)</sup> 성폭력피해아동의 단기적 반응은 심리적 고통, 불안, 악몽, 공격성의 증가, 부끄러움, 죄책감, 우울증, 부적절한 성적 행동 등으로 나타난다.<sup>5)</sup> 이런 증상들에 의해 부모나 친구들과의 관계가 심각하게 손상될 수 있을 뿐만 아니라 사회적, 성적인 발달과정에도 부정적인 영향이 있을 수 있다. 비록 급성증상은 대개 호전되지만, 장기적인 부작용의 위험은 여전히 높다. Mullen 등은 소아성폭력의 과거력을 가진 성인은 우울장애, 섭식장애를 겪을 가능성이 높으며, 자살이나 자학적인 행동, 성적인 문제, 이혼이나 별거 빈도가 높고, 학업이나 직업적 성취도가 저하된다.<sup>6,7)</sup>

따라서 성폭력피해아동의 초기의 고통을 경감시키고 장기적인 후유증을 감소시켜 정상적인 발달과정을 갈 수 있도록 하기 위해서 아동의 정서 및 행동적인 증상들을 효과적으로 치료할 수 있는 치료기법이 필수적이다.<sup>8)</sup> 현재까지 성폭력 피해아동에 대한 치료기법의 효과를 연구한 논문은 약 30

접수완료 : 2007년 8월 20일 / 심사완료 : 2007년 10월 12일  
Address for correspondence : Sung Hoon Jeong, M.D., Ph.D., Department of Psychiatry, Kyungpook National University School of Medicine, 50 2-ga Samduk-dong, Chung-gu, Daegu 700-721, Korea  
Tel : +82.53-420-5754, Fax : +82.53-426-5361  
E-mail : jshun@mail.knu.ac.kr

여 편이 있으며, 적용한 치료기법들은 놀이치료, 인지행동치료, 학대-중점 치료(abuse-specific therapy), 지지치료, 가족치료, 개인치료, 집단치료 등이었다. 최근에는 안구운동 민감화 및 재처리요법(Eye Movement Desensitization & Reprocessing, EMDR)이 시도되기도 하였다.<sup>9)</sup> 전체적으로 전문가의 개입으로 많은 증상들을 성공적으로 치료할 수 있다는 결론을 내릴 수 있지만, 각 치료기법의 효과는 연구에 따라 상당한 차이가 있다. 이런 차이는 성폭력피해아동들이 동질한 군이 아니라 성별, 연령, 가족환경, 피해 정도, 피해 기간 등에서 이질적인 집단이라는 점을 시사하며, 그래서 피해아동에서 관찰되는 주요 증상들과 특성에 따라 효과적인 치료기법을 선택하기를 권유한다.<sup>10)</sup> 그렇지만 현재까지 연구결과를 종합하면 다양한 치료기법 중에서도 인지행동치료가 성폭력피해아동을 위한 일차치료로 권장되며, 다른 치료기법들은 효능에 대한 더 많은 연구결과를 필요로 한다.<sup>11,12)</sup> 또 지역사회 및 일차 진료환경에서의 유용성과 비용효과 측면에서도 인지행동치료가 일차선택 치료법으로 인정받고 있다.<sup>13,14)</sup>

저자들은 13세 이하의 성폭력피해아동의 평가, 치료, 법률적 지원을 담당하는 영남권역 해바라기센터를 운영하면서 성폭력피해아동을 대상으로 실제로 적용 가능한 인지행동치료 프로그램 개발이 절실히 필요하게 되었다. 따라서 본 논문에서는 실제 프로그램을 개발하기에 앞서 기존의 성폭력피해아동을 위한 인지행동치료 프로그램의 치료적 근거와 효과를 검토하고 프로그램에서 사용되고 있는 구체적인 각 회기별 구성에 대해 고찰하고자 한다. 특히 본 논문에서는 효과가 가장 잘 입증된 아동을 대상으로 한 외상집중 인지행동치료(Trauma-Focused CBT)<sup>12)</sup>를 주로 다루고자하며, 부모에 대한 인지행동치료 부분은 따로 간략히 기술하였다. 또한 학동전기 아동보다는 언어 및 이해능력이 발달된 6-13세 연령을 염두에 두고 구체적인 내용을 기술하였음을 밝힌다. 비록 학령전기 성폭력피해아동에 대한 인지행동치료의 우수한 효과<sup>15,16)</sup>에 대한 보고도 있지만, 이 연령군에서는 부모의 지지 증가,<sup>17,18)</sup> 양육기술의 향상,<sup>19)</sup> 놀이치료<sup>20)</sup>와 같은 다른 기법들을 우선 적용해 볼 수 있기 때문이다.

## 본 론

### 1. 성폭력피해아동에 대한 인지행동치료의 근거

소아기 불안 및 공포장애의 치료에 인지행동적 접근법의 우수한 효과는 널리 알려져 있다.<sup>14,21)</sup> 흔히 외상후 스트레스 장애(post-traumatic stress disorder, PTSD)의 임상적 특성을 보이는 성폭력피해아동의 정서적 그리고 행동 반응들 또한 심리적 외상에 대한 불안반응으로 개념화할 수 있다.

임상에서 보는 성폭력피해아동 사례의 32~48%가 PTSD의 진단을 만족하고,<sup>22-24)</sup> 80% 이상이 PTSD 증상의 일부를 보인다.<sup>24)</sup> PTSD의 위험인자는 여아, 자기비난적인 사건해석, 사고 이전의 아동정신병리, 광범위하고 지속적인 학대, 아동이 알고 있거나 믿었던 가해자, 과보호하는 부모나 부모의 정신병리 등이다.<sup>8,25)</sup> 따라서 PTSD 증상들을 처리할 수 있는 치료적 요소가 성폭력피해아동의 치료프로그램 내에 포함되어야 한다.

성폭력피해아동은 또래에 비해 부정적으로 인지하는 경향이 높다. 즉 성폭력피해아동은 부정적인 사건에 대해 자기를 비난하는 경향이 높으며, 타인에 대한 신뢰도가 낮고, 자신은 또래 다른 친구들과 다르다거나 세상은 위험한 곳이라는 믿음이 많으며, 성이나 자신의 신체상을 보다 부정적으로 지각한다.<sup>26-28)</sup> 그래서 이러한 인지적인 측면을 고려한 치료가 필요하다.

또 다른 이론적 근거는 노출치료의 잠재적인 효과이다. 노출치료는 외상을 경감시키고 성폭력과 관련된 기억과 감정을 직면하는데 많은 도움을 준다. 비록 많은 성폭력피해아동과 부모들이 불안을 즉각적으로 감소시키기 위해 학대 경험과 관련된 생각과 기억을 회피하는 것이 효과적인 대처반응이라고 생각하고 있으나, 이런 반응은 증상의 장기화와 관계된다.<sup>29,30)</sup> 따라서 인지행동치료에서는 '점진적인 노출(gradual exposure)'을 적용하고 있으며, 아동은 이런 노출을 통해 학대와 관련된 생각, 기억, 그리고 그것을 연상시키는 것들 자체는 위험한 것이 아니며 회피할 필요가 없다는 것을 배우게 된다.

### 2. 성폭력피해아동 인지행동치료의 효과

미국법무성 산하 범죄희생자 사무국(Office for Victims of Crime)에서 최근 개정한 신체 및 성폭력피해아동의 치료지침(Child Physical and Sexual Abuse : Guidelines for Treatment)에 외상집중 인지행동치료만이 효과가 잘 증명된 치료 범주인 제 1범주에 분류되었으며, 나머지 치료법들은 제 3범주 이하에 분류되었다.<sup>12)</sup> 인지행동치료가 이런 평가를 받는 이유는 잘 통제된 많은 연구들을 통해 우수한 치료효과가 입증되었기 때문이다.

인지행동치료의 효과를 입증하는 많은 관련 연구들이 있으나 본 논문에서는 무작위 통제연구들만을 검토하였다(Table 1). 모든 연구들은 성폭력과 관련된 PTSD 증상이나 불안 증상을 주된 치료대상으로 인지행동치료를 시행하였으며, 방법론적으로 비교적 잘 계획된 것들이었다. 각 연구들은 치료의 충실도를 유지하기 위해 구체화된 치료지침을 사용하였으며, 무작위 할당을 통해 치료를 시행하였고 임상적도

Table 1. Randomized controlled studies for sexually abused children

Study	Children participating	Interventions	Findings
Berliner & Saunders (1996) <sup>33)</sup>	103 aged 4–13 years (80 completed)	Structured group (n=32) v. structured group+stress inoculation and exposure (n=48)	No difference between groups
Celano et al. (1996) <sup>18)</sup>	32 females aged 8–13 years	Abuse-specific program (n=15) v. non-directive supportive sessions (n=17), both 8 sessions	No difference on child scores Less maternal self-blame in treatment group
Cohen & Mannarino (1996) <sup>15)</sup>	86 aged 3–6 years (67 completed)	Abuse-specific CBT (n=39) v. non-directive supportive therapy (n=28), both 12 sessions	CBT led to more improvement in sexualized behavior and overall behavior problems
Cohen & Mannarino (1998) <sup>17)</sup>	82 aged 7–14 years (49 completed)	Abuse-specific CBT (n=30) v. non-directive supportive therapy (n=19), both 12 sessions	CBT led to better outcome on depression scale
Deblinger et al. (1996, 1999) <sup>19)31)</sup>	100 aged 7–13 years with PTSD	CBT, 3 conditions (n=68), 12 sessions v. community controls (n=21)	CBT led to better outcome for depression and behavior
King et al. (2000) <sup>14)</sup>	36 aged 5–17 years with PTSD	CBT family (n=12) and CBT child (n=12) v. waiting-list control (n=12), both 20 sessions	CBT led to improvement on PTSD and anxiety scales
Cohen et al. (2004) <sup>32)</sup>	229 aged 8–14 years with PTSD (180 completed)	Trauma-focused CBT child (n=89) v. child centered therapy (n=91)	CBT led to better outcome on PTSD, depression, behavioral problem, abuse-related attribution

CBT : cognitive behavior therapy, PTSD : post-traumatic stress disorder

로 치료효과를 증명하였다.

전체적으로 대상아동의 나이는 3세에서 17세로 다양하였으며, 특정 PTSD 증상이나 불안증상 외에도 다양한 수준의 우울이나 불안장애, 행동장애 증상까지 폭넓게 적용되었다. 몇 가지 주요 연구들을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

Cohen과 Mannarino<sup>15,16)</sup>는 학동전기(3~6세) 아동 67명과 비가해 부모를 대상으로 12회기 인지행동치료를 실시하였다. 인지행동치료를 받은 아동은 비지시적인 지지치료(non-directive supportive therapy)를 받은 대조군에 비해 아동·청소년행동평가척도(Child Behavior Checklist, CBCL)와 아동성행동평가척도(Child Sexual Behavior Inventory, CSBI)에서 유의미한 호전을 보였다. 이러한 호전은 치료 1년 후까지 유지되었으며 임상적으로나 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 즉 인지행동치료를 받은 군의 14%가 CSBI에서, 7%가 CBCL에서 임상적으로 병적인 범주에 속한 반면, 대조군은 40%와 33%에서 각각 병적인 범주에 속하였다.

학동기(7~14세) 아동 49명을 대상으로 한 Cohen과 Mannarino<sup>17)</sup>의 연구에서 인지행동치료를 받은 군이 대조군에 비해 우울증 척도와 CBCL의 사회성 척도(Social Competence Scale)에서 유의하게 호전된 결과를 보였다.

Deblinger 등<sup>19,31)</sup>은 100명의 학동기 아동(7~13세)을 대상으로 아동만 인지행동치료를 받은 군, 부모만 인지행동치료를 받은 군, 아동과 부모 모두 인지행동치료를 받은 군, 지역사회서비스(community care)만을 받은 군을 비교하였다. 아동만 인지행동치료를 받은 군과 아동과 부모가 모두 받은 군에서 PTSD 증상이 보다 크게 호전되었으며, 부모

가 인지행동치료를 받은 두 군의 아동은 우울증과 행동문제에 있어 보다 큰 호전을 보였다. 그리고 이런 호전의 차이는 1년 추적관찰에서도 유지되었다.

King 등<sup>14)</sup>은 36명의 성폭력을 당한 아동 및 청소년을 개인지행동치료군, 가족인지행동치료군, 치료를 받지 않은 대조군으로 나누어 각 군 간의 차이를 비교하였다. 대조군에 비해 치료를 받은 두 군에서 PTSD 증상의 유의한 호전이 있었으며 공포와 불안 수치도 감소되었다.

Cohen 등<sup>32)</sup>은 229명의 성폭력피해아동을 대상으로 한 다기관 연구에서 인지행동치료가 아동중심 지지치료(Supportive Child-Centered Therapy)에 비해 우수함을 입증하였다. 인지행동치료군은 PTSD, 우울증, 행동문제, 학대관련 귀속, 수치심 등에서 보다 우세한 호전을 보였다. 인지행동치료를 받은 부모들 또한 우울증상, 학대에 대한 고통, 아동에 대한 지지와 효과적인 양육 수행에 있어 보다 나은 호전이 있었다.

비록 1996년에 발표된 두 연구에서는 PTSD나 다른 불안증상에 있어 치료효과가 입증되지 못하였으나,<sup>18,33)</sup> 이 후 연구결과들을 통해 성폭력 후 정신과적 증상을 보이는 아동에서 인지행동치료를의 효과가 비교적 강력히 입증되고 있다. 치료받지 않은 군 뿐 아니라 다른 형태의 치료를 받은 군에 비해서도 인지행동치료가 최소 한 가지 이상의 임상척도에서 분명한 이점이 있음을 보이고 있다. 최근 성폭력피해아동에 대한 다양한 치료기법들의 연구결과들을 검토했을 때 인지행동치료를는 놀이치료, 지지치료, 가족치료, 개인치료, 집단치료에 비해 행동문제, 심리적 고통, 낮은 자기상 등에 가장 효과적인 것으로 밝혀졌다.<sup>34)</sup> 전체적으로 이러한 결과들

은 성폭력피해 아동에 대한 인지행동치료의 효과가 통계적인 의미뿐만 아니라 임상적으로도 의미가 있음을 제시한다.

### 3. 성폭력피해아동 인지행동치료에 있어 쟁점사항

#### 1) 노출치료

성폭력피해아동의 치료에 있어 노출치료의 적용과 노출 정도에 대해서는 여전히 논란 중이다. 치료과정 동안 성폭력 당시의 사건을 재경험해야 한다는 사실에 대해 성폭력피해아동뿐만 아니라 부모들은 큰 두려움을 가진다. 지금까지 성인 강간 피해자의 치료는 노출치료에 주로 집중되어 있었으나, 소아는 연령 특성상 성인에 적용하는 노출치료를 그대로 적용하기는 어렵다. 성인은 증상 호전을 위해서 노출치료가 유발하는 단기적인 불안이나 공포를 견딜 수 있으나, 소아는 고통이 동반된 작업에 성인만큼 적극적으로 노력하기 어렵기 때문이다.<sup>26)</sup>

노출치료에 대한 부담은 치료자도 마찬가지이다. 우선 아동은 재경험을 두려워하거나 또는 그 연령에서 흔히 나타나는 부끄러움 때문에 치료에 저항하고, 부모 또한 비슷한 이유로 저항을 하기 때문이다. 또 다른 이유는 법적 문제로 인지 처리나 점진적 노출을 하게 되면 사건에 대한 회상이 불가피하게 되고 이런 치료과정으로 인해 아동의 법정진술이 오염될 가능성이 있기 때문이다. 그래서 일부 치료자는 아동의 허위진술에 대해 법적 책임에 대한 부담을 가지기도 한다.<sup>35)</sup>

현재까지 아동에서 노출치료의 효과를 직접적으로 비교한 논문은 한 편이 발표되었으며 노출치료가 포함된 인지행동치료와 그렇지 않은 인지행동치료 간에 차이가 없다고 보고하였다.<sup>18)</sup> 그러나 단 한편의 연구로 단정하기 어려운 문제일 것이며, 심리적 외상에 대한 노출치료의 알려진 효과를 고려할 때 연령 특성에 따른 신중한 접근이 필요할 것으로 판단된다.

요약하면, 임상적 그리고 법적인 이유로 아동에게 노출치료를 실시하는 것이 현실적으로 어려운 점이 많은 것은 사실이다. 따라서 소아와 청소년의 경우 불안을 가능하면 적게 유발하는 것에서 시작해서 보다 점진적으로 실시하여야 하며 부모와 협조적인 관계를 유지하는 것이 치료결과에 중요한 영향을 미친다고 볼 수 있다.

#### 2) 발달상의 문제

2006년 전국아동학대현황보고서에서는 성학대를 당한 372명 중 88명(11.4%)가 6세 미만이라고 밝히고 있다.<sup>3)</sup> 이처럼 학령전기 성폭력 피해아동의 비중이 적지 않는데 반해, 학령전기 아동에서 어떻게 인지행동치료를 적용할 것인지에

대해서는 아직 자료가 부족하다.

학령전기 아동은 흔히 학령기 아동에 비해 그들의 성폭력 경험을 구체적으로 상기시키기 어렵다. 따라서 폭력과 관련된 그들의 사고나 기억을 다루는 치료적 작업이 학령기 아동에 비해 짧아질 수 있다. 또 인지치료과정 즉 역기능적 사고를 찾아내고 반박하는 과정을 이해하는데 어려움이 있을 수 있다. 이러한 경우 치료자가 직접 역기능적 사고를 대치할 수 있는 긍정적인 자기진술(self-statements)을 가르쳐 주거나, 역할극 등을 통해 긍정적인 자기진술을 가능한 자주 여러 가지 장면에서 접목시켜보는 행동적인 시연(behavioral rehearsal)을 사용해 볼 수 있다.<sup>37)</sup>

사춘기 연령을 치료할 때는 성적 관심과 이성교제를 함께 다루어 주는 것이 중요하다. 왜냐하면 이 시기는 대부분 이런 문제에 큰 관심을 보이며, 성폭력의 잠재적인 부작용인 성적 적응(sexual adjustments)의 어려움이 표면으로 드러날 수 있기 때문이다.<sup>5,27)</sup> 사춘기를 지나면서 성에 관한 태도나 믿음이 형성되기 때문에 성적 적응과 관련된 잠재적인 문제를 다루어야 할 가장 중요한 시기이다.

사춘기 연령의 성에 대한 사고와 태도를 이해하고, 이런 사고가 행동에 어떤 영향을 미치는 지를 확인하며, 비적응적이거나 역기능적인 사고를 반박하고, 성적 문제에 대해 부모와의 의사소통을 촉진시키기 위해 많은 노력을 기울이는 것이 중요하다. 결론적으로 아동의 발달 수준을 정확히 파악하고 그에 맞게 치료모형을 수정해서 적용할 수 있는 치료자의 유연성이 중요하다고 볼 수 있다.

### 4. 성폭력피해아동 인지행동치료의 개별회기 구성

성폭력피해아동에 대한 인지행동치료는 치료자마다 다소의 차이가 있기는 하나 크게 세 가지 요소로 나누어 볼 수 있다. 첫째, 대처기술훈련, 둘째, 점진적 노출과 인지 및 정서적 처리, 셋째, 소아성폭력, 건전한 성, 그리고 개인안전기술에 대한 교육이다. 점진적 노출과 인지 및 정서적 처리가 치료의 요체이며, 대처기술훈련과 교육적인 요소는 치료에 대한 이해를 높이고 동기를 촉진시켜 점진적 노출과 인지 및 정서적 처리를 준비하는 과정이라고 볼 수 있다. Table 2에 전반적인 회기 구성과 내용을 요약하였다.

대개 6~18세 즉 학동기 아동에서 후기 청소년 정도까지 적용되고 있다. 물론 아동의 발달 수준에 맞추어 치료모형을 수정함으로써 보다 어린 나이의 아동에게도 적용시킬 수 있다. 치료회기도 표준적으로 12회기로 구성되어 사용되고 있으나 성폭력 양상, 동반질환, 가족 문제 등으로 인해 더 많은 회기의 치료가 필요한 경우도 있다.

참고로 이하에 기술한 내용은 Deblinger와 Heflin이 저술

**Table 2.** Overview of child-centered cognitive behavioral treatment for sexually abused child<sup>36)</sup>

Therapeutic components	Contents	Number of session (s)
Initial session	Establishing collaborative relationships, Setting limits, Assessment, Presenting treatment rationale	1
Cognitive skill training		
Emotional expression skills	Developing a vocabulary for emotions, Identifying the child's own emotions, Developing effective means of expressing emotions, Discussing abuse-related emotions	1-2
Cognitive coping skills	Explaining the interrelationships of thoughts, feelings, and behaviors, Disrupting negative thoughts, Applying the model to the child's own negative thoughts, Best friend role play	1-2
Relaxation training	Training muscle relaxation	1
Gradual exposure	Gradual exposure from education regarding child sexual abuse to reenactment with play materials to <i>in vivo</i> exposure	3-4
Cognitive and affective processing	Sharing the child's innermost thoughts and feelings about the abuse, Clarifying and resolving the child's dysfunctional thoughts and conflicting feelings about the abuse	1-2
Education	Education regarding child sexual abuse, healthy sexuality, and personal safety skills	1
Termination	A review of skills required, education provided, and progress achieved, "graduation" party	1

한 'Treating Sexually Abused Children and Their Nonoffending Parents'의 내용을 근간으로 삼았으며,<sup>36)</sup> 그 외 치료내용을 자세히 다룬 세 권의 책<sup>4,26,35)</sup>을 함께 참고하였다.

1) 기초 작업

기초 작업의 목표는 치료적 동맹을 잘 형성하는 것이다. 치료자는 아동에게 치료과정에 대한 전반적인 설명, 성폭력에 대한 정보 등을 제공하고 치료자는 이 과정을 통해 아동의 증상과 치료동기 등을 파악한다. 그리고 이를 토대로 치료 목표를 설정하고 아동에게 긍정적인 결과에 대한 희망을 심어준다.

치료과정을 설명하는 대목에서 치료자는 생각, 감정, 그리고 행동 간의 연관성을 설명하며, 노출치료를 포함하여 나쁜 감정에 대해 대처해나가는 기술들에 대해 설명한다. 그리고 이러한 치료과정은 영상물관람, 그림그리기, 글짓기, 인형놀이 등 아동이 좋아하는 방식으로 구성되어 있다는 점을 설명해야 한다.

성폭력 관련 교육에 있어서는 성폭력의 역학과 특징, 이후 발생할 수 있는 단기 및 장기적 문제 등을 다루며, 시각자료나 유인물 등 아동의 나이에 맞는 방식으로 자료를 제시하고 토론한다.

2) 대처기술훈련

앞서 언급한 것처럼 대처기술과 관련된 작업은 치료과정 전반기에 완성되어야 한다. 왜냐하면 이런 기술들이 점진적 노출과 인지처리(cognitive processing)의 효과를 극대화 하는데 도움이 되기 때문이다. 본 논문에서는 대처기술훈련

을 감정표현훈련, 인지적 대처기술훈련, 이완훈련으로 나누어 설명하겠다.

(1) 감정표현훈련

본 회기의 목적은 아동의 감정과 관련된 어휘력을 개발시켜주며, 다른 사람뿐 아니라 자신의 감정을 정확히 파악하고 감정을 적절하게 표현하도록 도와주는 것이다. 궁극적으로 학대와 관련된 감정을 잘 표현할 수 있도록 도와주게 된다.

치료자는 감정과 관련된 아동의 어휘력을 늘여줌으로써 감정표현기술에 대한 작업을 시작하게 된다. 성폭력아동은 흔히 다양한 감정을 경험하지만, 그런 감정들을 표현할 수 있는 단어를 알지 못할 수도 있다. 비단 성폭력경험이 아니더라도, 아동 특히 어린 아동의 경우 감정에 관한 교육이 더 많이 필요하게 된다. 저자들의 경험으로도 아동들은 흔히 좋다, 나쁘다, 그냥 그랬다 정도의 반응만 보이기 때문에 치료자가 대화를 지속적으로 이어가는데 많은 어려움을 겪게 된다. 이런 경우 아동과 함께 감정관련 목록을 작성해 보고 필요한 단어를 가르쳐 줄 수도 있으며, 감정관련 단어목록을 미리 만들어두고 특정상황이 나왔을 때 그에 상응하는 단어를 아동에게 찾아보게 하는 것도 도움이 된다.

일단 아동이 기본적인 단어의 수준을 갖추었다고 판단되면, 치료자는 다른 사람의 감정을 정확하게 파악하는데 필요한 기술을 가르치는데 목표를 둔다. 치료자가 일련의 얼굴들을 제시하고 어떤 감정인지를 맞추어봄으로써 얼굴의 단서를 통해 감정을 파악하는 법을 학습하게 된다. 감정관련 자극은 사진, 그림, 애완동물, 책읽기 등 여러 가지 방식으로 제시될 수 있다.

이 후 치료자는 아동이 자신의 감정을 얼마나 자각하는지를 파악해야한다. 성폭력 사건 뿐 아니라 특정 감정을 일으켰던 다른 사건들에 대해 토론하고 자기 스스로 감정을 표현하도록 도와준다. 이런 훈련을 하는 동안 감정에는 옳고 그름이 없다는 점을 강조하는 것이 중요하다.

특히 위험에 대한 반응으로 일어나는 공포 감정에 대해서는 따로 교육을 할 필요가 있다. 공포는 위험에 대처해 나타나는 정상적인 그리고 자동적으로 일어나는 생리적 반응이며, 감정, 사고, 그리고 행동으로 표현될 수 있다고 주지시킨다. 그리고 학대 경험을 공포반응의 개념에 맞추어 아동에게 재구성해 줌으로써 아동의 이해를 넓힐 수 있을 뿐 아니라 감정, 사고, 그리고 행동으로 나누어 보는데 도움을 줄 수 있다.

(2) 인지적 대처기술훈련

자신의 경험을 이해하려는 아동의 노력은 그들의 생각에 반영된다. 이런 생각들은 궁극적으로 아동이 만들어가고 있는 세상을 보는 시각과 신념체계를 형성하는 기초가 된다. 성폭력피해아동은 흔히 그들의 학대경험을 이해하는데 있어 필요한 정보와 경험이 거의 전무한 상태이다. 결과적으로 성폭력에 관한 그들의 생각은 매우 혼동되고, 부정확하고, 역기능적일 수 있다. 따라서 성폭력 아동이 학대와 관련된 생각을 자각하고 다른 사람과 공유하도록 도와주는 것이 본 치료작업의 목적이다.

우선 아동에게 생각, 감정, 행동의 삼각관계를 설명하고 어떻게 이들 세 요소가 서로 영향을 미치는지를 소개한다. 치료 초기 아동은 학대 당시를 상기시킬 수 있는 자극들을 상당히 회피하기 때문에, 이런 기술을 학대 경험에 국한시켜 적용하기 보다는 일반적인 측면에서 제시하는 것이 통상 바람직하다. 다양한 시나리오를 제시하고 그런 상황에서 일어나는 여러 가지 생각들을 아동으로부터 이끌어 낸다. 그리고 생각을 다르게 함으로써 결과적으로 나타나는 감정이나 행동에서의 변화를 탐색하도록 도와준다. 이들 기법은 나이가 든 아동에게 보다 쉽게 사용할 수 있으나, 진행을 천천히 하면서 많은 구체적인 예들을 제시한다면 7세 정도의 아동에서도 이득을 볼 수 있을 것이다. 따라서 치료자는 아동의 언어를 사용하여 이런 관계를 설명할 수 있어야 하며 아동의 수준에 맞는 다양한 예들을 제시할 수 있어야 한다.

(3) 이완 훈련

많이 불안해하거나 성폭력경험에 대해 이야기하기를 꺼려하는 아동의 경우 이완훈련이 도움이 될 수 있다. 이런 기술은 아동에게 스스로 불안을 조절할 수 있다는 느낌을 줄 수 있다. 아울러 점진적 노출 훈련의 초기 회기에 심한 불안을

보이는 경우 이완기법을 적용해 볼 수 있다.

점진적 이완훈련은 아동의 발달 단계에 맞추어 시행하게 된다. 한 회기 안에 모든 근육군을 다 연습하기에는 집중력이 부족할 수 있으므로, 치료자들은 머리, 몸통, 다리 세 부분으로 줄여서 훈련하기도 하고 아니면 가장 문제되는 근육군만 찾아내어 집중적으로 훈련하기도 한다. 긴장 상태는 ‘깡통로봇’ 같이 서 있는 것이고, 이완 상태는 ‘불어터진 자장면’ 같이 늘어진 것이라고 설명함으로써 아동이 두 가지 상태를 구분할 수 있도록 도와준다. 이 후 편안하다, 늘어진다, 가벼워진다, 안정된다 같은 개개인에 맞는 자기-지시를 통해 불안에 직면하였을 때 이완 상태를 불러낼 수 있도록 교육한다.

일반적으로 이런 이완 훈련은 하루에 2번 집에서 실시하도록 해야 한다. 아동이 지속적으로 이완 상태를 얻을 수 있게 되면, 치료 장면 밖에서 학대장면이 연상되어 고통스러운 감정을 직면할 때에도 이 기술을 사용해 보게 한다.

3) 점진적 노출

앞서 설명하였듯이 점진적 노출은 본 치료법의 요체이다. 점진적 노출의 목표는 성폭력경험과 관련된 사고, 기억, 다른 유해한 상기물을 아동에게 점진적으로 노출함으로써 아동이 큰 감정적 동요 없이 그런 기억을 견뎌내고 더 이상 회피하지 않도록 하는 것이다. 많은 아동이 처음에는 불쾌한 감정을 만들어 내기 때문에 이런 작업에 저항을 보인다. 아동이 초기에는 이런 접근에 대해 저항도 하고 증상이 심해지기도 한다는 점을 부모에게 미리 경고하는 것이 중요하다. 그렇지 않으면 아동의 저항으로 인해 치료에 대한 부모의 동기나 확신도 흔들리게 된다.

본 논문에서는 편의상 점진적 노출의 시작과 그 적용방식으로 나누어 기술하고자 한다. 참고로 Table 3에서는 점진적인 노출위계의 예를 들었다.

(1) 점진적 노출의 시작

소아성폭력 관련 교육을 통해 성폭력 문제에 대한 일반적인 토론을 최초의 노출작업으로 이용할 수 있다. 성폭력피

Table 3. Sample gradual exposure hierarchy<sup>36)</sup>

1.	General information about child sexual abuse
2.	Nonabusive interactions with the offender
3.	The disclosure and resulting investigation
4.	The first episode of abuse
5.	Additional types of abusive contacts
6.	Other specific episodes of abuse (associated with special events such as holidays, birthdays, beginning or ending of school year)
7.	The most disturbing or embarrassing abusive episodes

해아동은 흔히 학대에 대한 개인적 경험보다는 성폭력에 대한 추상적인 내용을 보다 쉽게 이야기 하는 것으로 보인다. 참고로 이런 교육과정은 성폭력에 대한 교육목적으로, 점진적 노출의 일환으로, 혹은 인지적 처리과정에서 보조적인 도구로 치료과정 전반에 걸쳐 반복적으로 아동에게 제공되어야 한다. 또 다른 방법으로 성폭력 관련 도서를 읽게 할 수 있다. 책을 읽을 때는 큰 소리로 읽는 것이 좋으며, 치료자는 책을 읽는 중간 중간에 자주 질문을 던지거나 책 내용과 아동 자신의 경험을 연결지어줌으로써 자연스러운 대화를 유도할 수 있다.

(2) 점진적 노출의 방식

노출회기가 지시적이고 구체적이어서 하는 것이 사실이지만, 노출방법은 아동이 선택할 수 있도록 다양한 노출 방법을 치료자는 준비하고 있어야 한다. 이런 다양한 방법들을 통해 치료자는 아동의 협조를 이끌어내고, 저항이나 회피를 극복하고, 치료 작업을 보다 즐겁게 해나갈 수 있다.

① 놀이 도구를 이용한 재현

어린 아동에게는 일반 인형이나 꼭두각시 인형을 가지고 학대 경험을 재현시켜 볼 수 있다. 치료자는 진짜 경험하는 것처럼 연기하라고 아동에게 권해야 한다. 만약 아동이 지시자체를 이해하는데 어려움이 있으면, 치료자는 기존에 아동이 제공하였던 정보에 기초해 시범을 보일 수 있다. 치료자는 “가정해보자” 라든지 “척해보자” 라는 단어의 사용을 피해야한다. 아동과 치료자 모두 인형을 가지고 공상놀이를 하는 것이 아님을 명심해야한다.

② 창작도구를 통한 재현

보다 나이든 아동은 자신의 학대 경험을 그림그리기, 글짓기 등 다른 창의적인 방식으로 표현하기를 선호할 수 있다. 이런 기법은 특히 유형의 창작물을 만들어내기 때문에 학대경험을 기록할 뿐 만 아니라 지지적인 가족원과 서로 공유할 수도 있기 때문에 특히 유용하다.

③ 시각화(visualization)

시각화는 학대 경험에 대한 시각적 기억에 초점을 맞추어 회상하도록 하는 훈련이다. 이 작업은 기억을 만들어 내는데 공상을 사용하지 않도록 하는 것이 중요하며 따라서 시각화 능력이 발달된 나이 든 아동에게 사용된다. 아동에게 하나의 특정 성폭력관련 장면이 집중하고 그것을 기술하도록 시킨다.

④ 실제 노출(in vivo exposure)

실제로 환자가 회피하는 것, 예를 들어, 어두운 방, 학대와 연관된 장소, 의복 등 실제적인 위협이 더 이상 없음에도 불구하고 지속적으로 보이는 비적응적인 행동을 교정하는

것이다. 다른 불안장애에서 보이는 회피상황에 대한 치료와 마찬가지로 점진적으로 벗어날 수 있도록 도와주어야 한다.

4) 인지 및 정서적 처리

성폭력경험에 대한 인지적 및 정서적 처리는 학대 후 아동의 성공적인 적응에 있어 결정적인 인자이다. 본 처리 과정은 치료 전반에 걸쳐 일어날 수 있으나 노출작업에서 얻어진 아동의 성폭력에 대한 보다 심화된 생각과 느낌을 통해 구체적으로 진행된다. 본 작업을 통해 학대에 대한 역기능적 사고를 탐색하고, 명료화하고 수정할 수 있는 기회를 성폭력피해아동에게 제공할 수 있다. 게다가 성폭력에 대한 갈등이나 혼동된 느낌을 명확히 함으로써 아동의 정서적 고통을 완화시킬 수 있다.

성폭력의 경험뿐만 아니라 이를 어떻게 받아들이는가는 발달과정 중에 있는 아동의 자기상과 인지적 적응 스타일에 중대한 영향을 미친다. 사실 아동이 외상을 이해하는 인지적 틀은 미래의 인지적인 처리과정의 문제를 일으킬 주형이 될 수도 있다. 예를 들어 자신이 나쁘기 때문에 학대를 받을 만하다고 믿는 여아는 커서 그녀가 받는 어떤 잘못된 대접에 대해서도 그럴만하다 라고 믿을 수 있다. 따라서 치료자는 영구화되거나, 만연되어 있거나, 또는 개인화된 문제 사고를 신속하게 확인하고 이런 사고를 논박하여 보다 정확하고 현실적인 사고로 치환하도록 도와주어야 한다.

아동의 경우 성인 인지치료에서 주로 사용하는 소크라테스식 질문법뿐만 아니라 역할놀이도 본 작업에서 많이 사용할 수 있다. 성폭력피해아동이 보이는 비적응적인 인지 영역은 1) 성폭력에 대한 귀속(학대에 대한 책임, 학대에 대한 아동 스스로의 이해, 가해자에 대한 감정), 2) 사회적 반응(자신에 대한 부모나 친구들의 평가, 타인에 대한 신뢰와 불신의 문제), 3) 성적 발달로 나누어 볼 수 있다. Table 4는 성폭력 피해아동이 흔히 보이는 역기능적 사고를 나열한 것이다.

**Table 4.** Common dysfunctional thoughts in sexually abused children

I feel so ashamed or humiliated because I was sexually abused
I am responsible for the abuse
My parents or a nonoffending parent hate me because of the abuse
My friends will not play with me any more if they know my secret
If I were not there, this thing would not have happened
It is my fault that I did not let my parents or teacher know my secret earlier
The offender touched my body because he loved me
Bad things will happen to my family because of me
Note that the contents of this table are some examples from clinical experiences and have not been validated

5) 건전한 성에 대한 교육

본 저자들은 손위 남학생으로부터 몇 차례의 성폭행을 당한 여중생이 모든 남성과의 관계를 꺼리고 동성애에 빠져드는 것을 경험한 적이 있다. 아동의 비정상적인 성적 행동을 줄이고 정상적인 성적 발달을 지속할 수 있도록 도와줄 수 있는 회기가 필요하다. 본 치료 작업에서 가장 중요한 것은 성폭력상황 뿐 아니라 비학대적인 정상적인 상황에서의 성에 대해 허심탄회하고 정확한 토론을 할 수 있는 분위기를 조성하는 것이라고 생각된다.

성폭력에 대한 생각과 감정을 공유하고 처리하도록 함과 동시에, 치료자는 아동 자신의 신체상, 신체부위, 포옹, 키스, 데이트, 성관계, 성행위 등에 대한 생각과 감정을 전체적으로 다루어 주어야 한다. 성교육과 관련된 책, 유인물, 교육용 시청각자료 등을 동원함으로써 이해를 도울 수 있다.

6) 개인안전기술에 대한 교육 및 종결

개인안전기술에 대한 교육은 추후 발생할 수 있는 성폭력 피해를 예방할 목적으로 실시된다. 자신의 신체는 자기가 보호해야한다는 주인의식을 심어주고 유쾌한 신체접촉과 불쾌한 신체접촉을 구분할 수 있도록 도와준다. 그리고 불쾌한 신체접촉에 대처할 수 있는 다양한 대처방법에 대해 토론하고 역할 연습을 하게 된다. 흔히 성폭력 발생과정에서 가해자는 성폭력사실을 비밀로 하도록 협박을 하게 되므로, 좋은 비밀과 나쁜 비밀의 차이 또한 인식시켜주고 피해사실을 믿을 만한 어른에게 알리는 것의 중요성도 숙지시켜야 한다.

종결회기는 그 동안의 치료과정을 요약, 평가하게 된다. 부모에게는 앞으로 아동에게 발생할 수 있는 문제와 대처방법을 교육하고 장애에 추가적인 치료가 필요할 수 있음을 주지시킨다. 그리고 그동안 수고한 아동을 격려하고 축하하는 분위기로 종결하는 것이 유익하다.

5. 비가해 부모에 대한 인지행동치료

1) 비가해 부모에 대한 인지행동치료의 근거

비가해 부모의 역할이 성폭력피해아동의 치료효과를 매개하는 데 있어 가장 중요한 변수들 중 하나이다. 폭력을 당한 후 아동의 적응은 사건 폭로 이후 비가해 부모로부터 받는 지지 수준<sup>37-39)</sup>와 어머니의 증상 수준과 연관되어 있다.<sup>31,38)</sup> 또 어머니의 지지와 정서적 고통 정도는 아동의 증상뿐만 아니라 치료반응과 연관되어 있다. 즉 어머니의 지지가 높거나 정서적 고통이 적을수록 아동의 치료결과는 더욱 긍정적이다.<sup>15,17)</sup> 결국 비가해 부모가 보이는 지지 정도와 정서적 고통이 아동의 적응과 치료반응에 중요한 영향을 미칠 수 있음을 시사한다. 그래서 부모역할의 중요성을 고려한 치료적 중

재가 중요한 치료요소로 포함되어져야 한다.

2) 비가해 부모에 대한 인지행동치료의 필요성과 그 효과

아동의 심리적 치료에 있어 부모 개입의 필요성은 지속적으로 강조되어 왔다. 그 이유는 성폭력피해아동의 부모들이 성폭력 사건의 폭로와 이 후 대처과정에 대한 지식이 부족할 뿐만 아니라 부모 자신이 겪는 정서적 스트레스로 인해 피해아동에게 적절한 지지를 제공하지 못할 수 있기 때문이다. 예를 들어 성폭력피해아동의 부모들은 흔히 아동에게 성폭력 사건을 회상시킬 수 있는 어떠한 대화나 경험도 차단하려고 하며, 이런 부모의 지속적인 과보호는 아동의 정서적 회복을 저해할 가능성도 있다.<sup>40)</sup>

성폭력피해아동의 부모에 대한 인지행동치료의 효과를 연구한 일부 연구들은 부모를 단독으로 인지행동치료를 한 경우에도 아동에게 유의한 효과가 있다고 보고하였다.<sup>19)</sup> 그러나 아동 단독치료와 부모가 개입된 아동치료를 비교하였을 때 유의한 차이는 없었다.<sup>14,19)</sup> Tonge와 King<sup>4)</sup>은 성폭력피해아동의 부모 또한 상당한 수준의 스트레스와 정서적 문제를 겪고 있으며 어머니들 중 약 50%에서 성폭력피해 경험이 있다는 사실을 지적하면서, 성폭력 이후의 현 시점의 아동을 이해하고 다루는데 중점을 둔 부모치료보다 부모의 증상을 직접 해결하는데 더 초점을 맞춘 치료로 수정된다면 아동이나 부모 모두에서 보다 유의한 치료적 호전이 있을 것이라고 제안하였다. 즉 연령이 어린 소아일수록 부모 개입이 더 중요하며, 치료결과에 미치는 영향이 더 크게 될 것이다.

3) 비가해 부모에 대한 인지행동치료의 주요 요소

부모인지행동치료를 개략적으로 살펴보면 크게 세 가지 부분으로 나누어 볼 수 있다. 첫째 자신의 사고와 감정을 효과적으로 대처할 수 있는 기술을 제공해주는 대처기술훈련이다. 본 회기동안 치료자는 아동성폭력에 관한 정보를 부모에게 제공한다. 둘째 점진적인 노출로, 치료자는 사건폭로과정에서 부모가 겪은 외상에 대한 점진적인 노출과 피해아동의 점진적 노출을 도와줄 수 있는 훈련을 부모에게 제공한다. 뿐만 아니라 성교육과 개인안전기술정보를 아동에게 제시하는 방법에 대해서도 배우게 된다. 셋째 아동의 행동문제, 특히 성폭력피해로 인해 나타날 수 있는 여러 행동문제들을 관리할 수 있는 기술을 배양하는 것이다. 아동 치료와 마찬가지로, 회기의 구성이나 시간에 대해서는 피해아동의 증상과 부모의 상태에 따라 조정될 수 있다.<sup>36)</sup>

결 론

소아성폭력은 일반인구에서 적어도 여아의 4명 중 1명이,



남아의 7명 중 1명이 경험하는, 민족, 인종, 교육수준, 사회경제적 수준에 관계없이 일관되게 높은 유병률을 보이는 사회적 문제이다. 소아성폭력은 아동이 발달과정에 있기 때문에 단기적으로 보이는 증상 뿐 아니라 장기적인 관점에서 다루어져야 한다. 현재까지 나온 치료적 접근 중 인지행동치료가 가장 우수한 치료방법으로 경험적으로 입증되고 있다. 잘 계획된 통제연구들에서 치료받지 않은 군 뿐 아니라 다른 형태의 치료를 받은 군에 비해서도 인지행동치료가 최소 한 가지 이상의 임상척도에서 분명한 이점이 있음을 보이고 있다. 그럼에도 불구하고 노출치료의 효과, 부모의 치료개입, 발달과정의 고려 등 소아 및 청소년에 인지행동치료를 적용하는데 있어 문제점들은 여전히 연구되어야 할 과제로 남아있다. 성폭력피해아동에 대한 인지행동치료의 회귀구성은 크게 세 가지 부분으로 나누어 볼 수 있다. 첫째, 대처기술훈련, 둘째, 점진적 노출과 인지 및 정서적 처리, 셋째, 소아성폭력, 건전한 성, 그리고 개인안전기술에 대한 교육이다. 향후 국내에서도 성폭력피해아동에 대한 표준적인 인지행동치료의 개발과 임상적 적용이 이루어져야 할 것이다.

**중심 단어 :** 소아성폭력 · 인지행동치료.

### References

- 1) Schecter MD, Roger L. Sexual exploitation. In: Helfer RE, Kempe DK, editors. *Child Abuse and Neglect: The Family and the Community*. Cambridge: Ballinger;1976. p.66-77.
- 2) Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization;2002. p.63-64, 147-174.
- 3) Ministry of Health and Welfare, National Child Protection Agency. *National report on child maltreatment*;2007. p.29-30.
- 4) Tonge BJ, King N. Cognitive behavioral treatment of the emotional and behavioral consequences of sexual abuse. In: Graham P, editor. *Cognitive behaviour therapy for children and families*. Cambridge: University Press;2005. p.157-169.
- 5) Browne A, Finkelhor D. Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychol Bull* 1986;99:6-77.
- 6) Mullen PE, Martin J, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. The effect of child sexual abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life. *Br J Psychiatry* 1994;165:35-47.
- 7) Mullen PE, Romans-Clarkson SE, Walton W, Herbison P. Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *Lancet* 1988;1:841-846.
- 8) King NJ, Heyne D, Tonge BJ, Mullen P, Myerson N, Rollings S, et al. Sexually abused children suffering from posttraumatic stress disorder: assessment and treatment strategies. *Cogn Behav Ther* 2003;32:2-12.
- 9) Jaberghaderi N, Greewald R, Rubin A, Zand SO, Doltabadi S. A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls. *Clin Psychol Psychother* 2004;11:358-368.
- 10) Friedrich WN. *Psychotherapy of sexually abused children and their families*. New York: Norton;1990.
- 11) Ramchandani P, Jones DPH. Treating psychological symptoms in sexually abused children: from research findings to service provision. *Br J Psychiatry* 2003;183:484-490.
- 12) Saunders BE, Berliner L, Hanson RF. *Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment*. Charleston: National Crime Victims Research and Treatment Center;2004. p.100.
- 13) Farrel SP, Hains AA, Davies WH. Cognitive behavioral interventions for sexually abused children exhibiting PTSD symptomatology. *Behav Ther* 1998;29:241-255.
- 14) King NJ, Tonge BJ, Mullen P. Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: a randomized clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:1347-1355.
- 15) Cohen JA, Mannarino AP. A treatment outcome study for sexually abused preschool children: initial findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:42-50.
- 16) Cohen JA, Mannarino AP. A treatment study for sexually abused preschool children: outcome during a one-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1228-1235.
- 17) Cohen JA, Mannarino AP. Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children: six- and 12-month follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:44-51.
- 18) Celano M, Hazzard A, Webb C, McCall C. Treatment of traumatic beliefs among sexually abused girls and their mothers: an evaluation study. *J Abnorm Child Psychol* 1996;24:1-17.
- 19) Deblinger E, Lippmann J, Steer R. Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: initial treatment outcome findings. *Child Maltreat* 1996;1:310-1321.
- 20) Scott TA, Burlingame G, Starling M, Porter C, Lilly JP. Effects of individual client-centered play therapy on sexually abused children's mood, self-concept, and social competence. *Int J Play Ther* 2003;12:7-30.
- 21) Ollendick TH, King NK. Empirically supported treatments for children and adolescents. In: Kendall PC, editor. *Child and adolescent therapy. Cognitive-behavioral procedures*, 2nd ed. New York: Guilford Press;2000. p.386-425.
- 22) Ackerman P, Newton J, McPherson WB, Jones J, Dykman R. Prevalence of posttraumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse Negl* 1998;22:759-774.
- 23) Famularo R, Kinscherff R, Fenton T. Psychiatric diagnoses of maltreated children: Preliminary findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:863-867.
- 24) McLeer SV, Deblinger E, Henry D, Orvaschel H. Sexually abused children at high risk for post-traumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:875-879.
- 25) Mennen FE. Evaluation of risk factors in childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:934-939.
- 26) Heflin AH, Deblinger E. Treatment of a sexually abused adoles-

- cent with posttraumatic stress disorder. In: Reinecke MA, Freeman DA, editors. *Cognitive therapy with children and adolescents; a casebook for clinical practice*. New York: Guilford Press; 2003. p.214-246.
- 27) Cohen JB, Deblinger E, Maedel AB, Stauffer LB. Examining sex-related thoughts and feelings of sexually abused and non-abused children. *J Interpers Violence* 1999;14:701-712.
- 28) Mannarino AP, Cohen JA. Abuse-related attributions and perceptions, general attributions, and locus of control in sexually abused girls. *J Interpers Violence* 1996;11:162-180.
- 29) Johnson BK, Kenkel MB. Stress, coping, and adjustment in female adolescent incest victims. *Child Abuse Negl* 1991;15:293-305.
- 30) Leitenberg H, Greenwald E, Cado S. A retrospective study of long-term methods of coping with having been sexually abused during childhood. *Child Abuse Negl* 1992;16:399-407.
- 31) Deblinger E, Steer RA, Lippmann J. Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse Negl* 1999;23:1371-1378.
- 32) Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP, Steer RA. A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:393-402.
- 33) Berliner L, Saunders B. Treating fear and anxiety in sexually abused children: results of a controlled two-year follow-up study. *Child Maltreat* 1996;1:294-309.
- 34) Hetzel-Riggan MD, Brausch AM, Montgomery BS. A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: an exploratory study. *Child Abuse Negl* 2007;31:125-141.
- 35) Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP. Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for sexually abused children. In: Hibbs ED, Jensen PS, editors. *Psychosocial treatment for child and adolescent disorders*. Washington: American Psychological Association; 2005. p.743-765.
- 36) Deblinger E, Heflin AH. *Treating Sexually Abused Children and Their Nonoffending Parents*. Thousand Oaks: Sage; 1996. p.49-112.
- 37) Conte JR, Schuerman JR. Factors associated with an increased impact of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1987;11:201-211.
- 38) Everson MD, Hunter WM, Runyon DK, Edelson GA, Coulter ML. Maternal support following disclosure of incest. *Am J Orthopsychiatry* 1989;59:197-207.
- 39) Feiring C, Taska L, Lewis M. Adjustment following sexual abuse discovery: the role of shame and attributional style. *Dev Psychol* 2002;38:79-92.
- 40) Mennen FE. Evaluation of risk factors in childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:934-939.